

Структура факторов риска, коморбидных состояний и эмоциональных расстройств у больных инфарктом миокарда с фибрилляцией предсердий

Н.Н. Необутов^{1✉}, ORCID: 0000-0002-4486-3444, e-mail: gitarast16@mail.ru

С.В. Колбасников², e-mail: s.kolbasnikov@mail.ru

¹ Городская клиническая больница №7; 170036, Россия, Тверь, Петербургское шоссе, д. 76/1

² Тверской государственный медицинский университет; 170100, Россия, Тверь, ул. Советская, д. 4

Резюме

Введение. Большинство пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной медицинской практике характеризуются сочетанием двух и более заболеваний и состояний, т. е. коморбидностью. Это предъявляет дополнительные требования к наблюдению и лечению данной категории больных.

Цель. Оценить факторы риска, структуру коморбидных состояний и выраженность психоэмоциональных расстройств у больных с инфарктом миокарда при различных формах фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Обследовано 138 больных (63 мужчины, 75 женщин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ «Городская клиническая больница №7» с диагнозом «инфаркт миокарда с фибрилляцией предсердий». В зависимости от формы фибрилляции предсердий больные были распределены на две группы: 1-ю составили 83 (60,1%) больных с пароксизмальной формой, 2-ю группу – 55 (39,9%) с постоянной формой. Обследование проводилось в первые трое суток нахождения больных в стационаре.

Результаты. У больных инфарктом миокарда с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в структуре факторов риска преобладает средняя степень никотиновой зависимости, опасное употребление алкоголя, высокое потребление поваренной соли и избыточная масса тела, а при постоянной форме фибрилляции предсердий регистрируется преимущественно слабая и высокая степень никотиновой зависимости, вредное употребление алкоголя и ожирение.

Вывод. У больных инфарктом миокарда с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий преобладающими факторами риска являются: опасное употребление алкоголя, высокое потребление поваренной соли и избыточная масса тела в сочетании с депрессивными расстройствами в виде субклинической и клинической депрессии, а при постоянной форме фибрилляции предсердий – высокая степень никотиновой зависимости и умеренно выраженные тревожные расстройства (субклинически и клинически выраженная тревога), что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий и решении экспертных вопросов.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, коморбидные состояния, эмоциональные расстройства, факторы риска, тревога, депрессия, сердечно-сосудистая коморбидность

Для цитирования: Необутов Н.Н., Колбасников С.В. Структура факторов риска, коморбидных состояний и эмоциональных расстройств у больных инфарктом миокарда с фибрилляцией предсердий. *Медицинский совет.* 2020;(11):26–31. doi: 10.21518/2079-701X-2020-11-26-31.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Structure of risk factors, comorbid conditions and emotional disorders in patients with myocardial infarction with atrial fibrillation

Nikolay N. Neobutov^{1✉}, ORCID: 0000-0002-4486-3444, e-mail: gitarast16@mail.ru

Sergey V. Kolbasnikov², e-mail: s.kolbasnikov@mail.ru

¹ City Clinical Hospital No 7; 76/1, Peterburgskoe Shosse, Tver, 170036, Russia

² Tver State Medical University; 4, Sovetskaya St., Tver, 170100, Russia

Abstract

Introduction: the majority of patients with cardiovascular diseases in real medical practice are characterized by a combination of two or more diseases and conditions, that is, comorbidity. This places additional demands on the observation and treatment of this category of patients.

Objective: to assess risk factors, the structure of comorbid conditions and the severity of psychoemotional disorders in patients with myocardial infarction with various forms of atrial fibrillation.

Materials and methods: 138 patients (63 men, 75 women) who were hospitalized in the cardiology department of the City Clinical Hospital No. 7 GBUZ with a diagnosis of myocardial infarction with atrial fibrillation were examined. Depending on the form of atrial fibrillation, the patients were divided into 2 groups: the 1st consisted of 83 (60,1%) patients with a paroxysmal form, the 2nd group – 55 (39,9%) with a constant form. The examination was carried out in the first three days of hospitalization of patients.

Results: in patients with myocardial infarction with a paroxysmal form of atrial fibrillation, the structure of risk factors is dominated by an average degree of nicotine addiction, dangerous alcohol consumption, high salt intake and excess body weight, and with a constant form of atrial fibrillation, a mostly weak and high degree of nicotine addiction, harmful alcohol consumption and obesity.

Conclusion: in patients with myocardial infarction with a paroxysmal form of atrial fibrillation, the predominant risk factors are: dangerous alcohol consumption, high salt intake and overweight combined with depressive disorders in the form of subclinical and clinical depression, and with a constant form of atrial fibrillation, a high degree of nicotinic dependence and mild anxiety disorders: subclinically and clinically severe anxiety, which must be taken into account when carrying out preventive, rehabilitation measures and the solution of expert issues.

Keywords: myocardial infarction, atrial fibrillation, comorbid conditions, emotional disorders, risk factors, anxiety, depression, cardiovascular comorbidity

For citation: Neobutov N.N., Kolbasnikov S.V. Structure of risk factors, comorbid conditions and emotional disorders in patients with myocardial infarction with atrial fibrillation. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2020;(11):26–31. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-11-26-31.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и ведение пациентов с коморбидной патологией остаются одной из наиболее сложных задач в клинической практике. Большинство пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной медицинской практике характеризуются сочетанием двух и более заболеваний и состояний, т. е. коморбидностью¹ [1–6]. Для правильного планирования лечебно-профилактических мероприятий необходимо пристальное изучение не только структуры факторов риска и частоты синхронно протекающих заболеваний у больных инфарктом миокарда, но и выраженности эмоциональных расстройств при различных формах фибрилляций предсердий [2, 7–14].

Цель: оценить факторы риска, структуру коморбидных состояний и выраженность психоэмоциональных расстройств у больных с инфарктом миокарда при различных формах фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: обследовано 138 больных (63 мужчины, 75 женщин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ «Городская клиническая больница №7» с диагнозом «инфаркт миокарда с фибрилляцией предсердий». В зависимости от формы фибрилляции предсердий больные были распределены на 2 группы: 1-ю составили 83 (60,1%) больных с пароксизмальной формой, 2-ю группу – 55 (39,9%) с постоянной формой. Обследование проводилось в первые трое суток нахождения больных в стационаре.

Проведены: общеклиническое обследование, определялся липидный спектр плазмы крови (общий холестерин, липопротеиды низкой, высокой плотности, триглицериды; ммоль/л) на фоне приема гиполипидемических препаратов (аторвастатин в дозе 40–80 мг/сут).

Для оценки эмоционального состояния использовался опросник тревоги и депрессии HADS [15], включающий 14 утверждений в двух подшкалах: «тревога» (нечетные пункты), «депрессия» (четные пункты). Интерпретация результатов проводилась по оценке суммарных показателей каждой подшкалы: 0–7 баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии; 8–10 баллов – субклинически выраженная

тревога/депрессия; 11 и более баллов – клинически выраженная тревога и депрессия.

Для раннего выявления лиц группы риска и злоупотребляющих алкоголем использовался тест AUDIT [16], разработанный в 1989 г. рабочей группой ВОЗ. Тест содержит серию из 10 вопросов: три вопроса по потреблению, четыре вопроса по зависимости и 3 вопроса по проблемам, связанным с употреблением алкоголя. Для оценки степени никотиновой зависимости использовался тест Фагерстрема [17, 18], который определяет связь между индивидуальным баллом и тяжестью проявления никотиновой зависимости. Интерпретация результатов теста: от 0 до 3 баллов – низкий уровень зависимости, 4–5 баллов – средний уровень зависимости, 6–10 баллов – высокий уровень зависимости.

При изучении потребления поваренной соли с пищей использовалась методика, рекомендуемая для эпидемиологических исследований, в основе которой лежит оценка употребления хлорида натрия с пищей в общественных столовых [19, 20]. Так, если лица, судя по опросу, никогда не досаливают пищу, то это соответствует употреблению небольшого количества поваренной соли в сутки. В тех случаях, когда пища досаливается после пробы, это соответствует умеренному приему поваренной соли, а если пища досаливается не пробуя, то делался вывод о повышенном употреблении хлорида натрия.

Индекс массы тела (ИМТ) – величина, позволяющая выявить степень соответствия массы человека к его росту и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение) по отношению к установленным нормам. Индекс массы тела рассчитывается по формуле: $ИМТ = M/P^2$, где M – масса тела, кг, P – рост, м. Значения и интерпретация ИМТ: 16 и менее – выраженный дефицит массы; 16–18 – недостаточная (дефицит) масса тела; 18–25 – норма; 25–30 – избыточная масса тела (предожирение); 30–35 – ожирение первой степени; 35–40 – ожирение второй степени; 40 и более – ожирение третьей степени (морбидное) [21–24].

Для анализа и оценки полученных данных применялись стандартные методы описательной статистики: вычисление средних значений и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$) для нормального распределения. Для сравнения групп использовался t -критерий Стьюдента (для количественных переменных). За уровень статистической

¹ Centers for Medicare & Medicaid Services. Chronic conditions overview, 2014. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/StatisticsTrends-and-Reports/Chronic-Conditions/index.html>

значимости принималось значение $p < 0,05$. Для статистической обработки полученных результатов использовались программы Statistica, версия 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как видно из данных, приведенных в *табл. 1*, у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий преобладает средняя степень никотиновой зависимости, затем слабая и высокая, а очень высокая не регистрировалась. Однако у пациентов с постоянной формой чаще регистрировалась слабая, высокая и реже очень высокая степени при отсутствии средней степени никотиновой зависимости.

- **Таблица 1.** Частота никотиновой зависимости у больных инфарктом миокарда в зависимости от формы фибрилляции предсердий
- **Table 1.** Frequency of nicotine dependence in myocardial infarction patients depending on the form of atrial fibrillation

Никотиновая зависимость	Фибрилляция предсердий						p <
	Пароксизмальная (n = 19)			Постоянная (n = 12)			
	n	%	Количество баллов	n	%	Количество баллов	
Слабая степень	7	36,8%	2,1 ± 0,7	5	41,6%	3,6 ± 0,4	-
Средняя степень	9	47,3%	4,9 ± 0,2	-	-	-	-
Высокая степень	3	15,7%	6,95 ± 0,7	5	41,6%	6,3 ± 0,4	-
Очень высокая	-	-	-	2	16,7%	9,0 ± 0,8	-

При анализе приверженности к алкоголю (*табл. 2*) установлено, что у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий чаще встречалось безопасное

- **Таблица 2.** Частота употребления алкоголя у больных инфарктом миокарда в зависимости от формы фибрилляции предсердий
- **Table 2.** Frequency of alcohol consumption in myocardial infarction patients depending on the form of atrial fibrillation

Употребление алкоголя	Фибрилляция предсердий			
	Пароксизмальная (n = 30)		Постоянная (n = 23)	
	n	%	n	%
Безопасное употребление	22	73,3%	16	69,5%
Опасное употребление	8	26,6%	5	21,7%
Вредное употребление	-	-	2	8,6%
Алкогольная зависимость	-	-	-	-

и опасное употребление. У пациентов с постоянной формой в большинстве случаев регистрировалось безопасное, затем опасное и реже вредное употребление алкоголя. Алкогольная зависимость не регистрировалась ни в одной группе. Количество баллов составило: $3,0 \pm 1,4$ и $11,5 \pm 3,5$ ($p < 0,001$) у больных с пароксизмальной формой и $5,5 \pm 1,5$, $12,5 \pm 1,5$ и $17,4 \pm 1,3$ ($p < 0,001$) с постоянной формой фибрилляции предсердий соответственно.

Изучение потребления поваренной соли с пищей среди обследованных с ИМ (*табл. 3*) показало, что среди лиц как с пароксизмальной, так и с постоянной формой фибрилляции предсердий чаще регистрируется умеренное и высокое потребление, реже – низкое.

- **Таблица 3.** Частота потребления соли у больных инфарктом миокарда в зависимости от формы фибрилляции предсердий
- **Table 3.** Frequency of salt intake in myocardial infarction patients, depending on the form of atrial fibrillation

Потребление соли	Фибрилляция предсердий				p <
	Пароксизмальная (n = 83)		Постоянная (n = 55)		
	n	%	n	%	
Низкое	9	10,8%	5	9,0%	-
Умеренное	57	68,6%	38	69,0%	-
Высокое	17	20,4%	12	21,8%	-

Как видно из данных, приведенных в *табл. 4*, у больных инфарктом миокарда с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий по сравнению с постоянной формой преобладает избыточная масса тела, тогда как у пациентов с постоянной формой – ожирение ($p = 0,006$; тест χ^2).

- **Таблица 4.** Распределение больных по массе тела в зависимости от формы фибрилляции предсердий
- **Table 4.** Distribution of patients by body weight as a function of atrial fibrillation form

ИМТ	Фибрилляция предсердий			
	Пароксизмальная (n = 83)		Постоянная (n = 55)	
	n	%	n	%
Нормальная	23	27,7%	14	25,4%
Избыточная	44	53,0%	17	30,9%
Ожирение	16	19,2%	24	43,6%

Таким образом, у больных инфарктом миокарда с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в структуре факторов риска преобладает средняя степень никотиновой зависимости, опасное употребление алкоголя, высокое потребление поваренной соли и избыточная масса тела, а при постоянной форме фибрилляции предсердий регистрируется преимущественно слабая и

высокая степень никотиновой зависимости, вредное употребление алкоголя и ожирение.

Из представленных в *табл. 5* данных видно, что из сопутствующих патологий у пациентов с пароксизмальной формой преобладают сосудистые заболевания головного мозга, эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта ($p = 0,013$; тест χ^2), тогда как у пациентов с постоянной формой доминируют сосудистые заболевания головного мозга, затем почек и эндокринной системы.

● **Таблица 5.** Частота распределения сопутствующих заболеваний у больных инфарктом миокарда в зависимости от формы фибрилляции предсердий

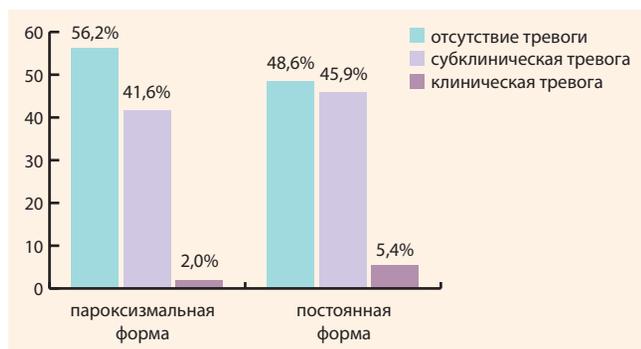
● **Table 5.** Frequency of distribution of concomitant diseases in myocardial infarction patients depending on the form of atrial fibrillation

Сопутствующие заболевания	Фибрилляция предсердий			
	Пароксизмальная (n = 83)		Постоянная (n = 55)	
	n	%	n	%
Заболевания органов дыхания (ХОБЛ, бронхиальная астма, пневмония)	10	12,0%	6	10,9%
Эндокринные заболевания (сахарный диабет)	22	26,5%	18	32,7%
Заболевания ЖКТ (язвенная болезнь, хронический гастрит)	18	21,6%	4	7,27%
Железодифицитная анемия	8	9,6%	3	5,45%
Сосудистые заболевания ГМ (перенесенные ОНМК, ХИГМ)	25	30,1%	31	56,3%
Заболевания почек (хронический пиелонефрит)	7	8,4%	8	14,5%

При изучении липидного обмена у всех пациентов как с постоянной, так и с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий на фоне приема статинов целевые значения показателей ОХС, ЛПНП, ТГ не были достигнуты.

● **Рисунок 1.** Структура тревожных расстройств у больных инфарктом миокарда с фибрилляцией предсердий

● **Figure 1.** Structure of anxiety disorders in patients with myocardial infarction with atrial fibrillation



Так, у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий уровень ОХС составил $3,8 \pm 1,03$ ммоль/л; ЛПНП – $2,2 \pm 0,7$ ммоль/л; ТГ – $1,2 \pm 0,5$ ммоль/л; у пациентов с постоянной формой, соответственно, $4,09 \pm 1,03$; $2,4 \pm 0,9$; $1,2 \pm 0,6$ ммоль/л, что отражает вероятность прогрессирования атеросклероза и требует усиления гиполлипидемической терапии.

При изучении тревожных расстройств у больных инфарктом миокарда с фибрилляцией предсердий обнаружено, что у лиц с пароксизмальной и постоянной формой фибрилляции предсердий не выявлено статистически значимых изменений. Как видно из *рис. 1*, у больных инфарктом миокарда с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий преобладают лица с отсутствием тревоги и реже с субклинической и клинически выраженной тревогой. У пациентов с инфарктом миокарда с постоянной формой фибрилляции предсердий, в отличие от лиц с пароксизмальной формой, увеличилась частота субклинически и клинически выраженной тревоги. В 1-й группе среди лиц с отсутствием тревоги уровень по шкале HADS составил $3,59 \pm 2,0$ балла, с субклинически выраженной тревогой – $8,9 \pm 0,8$ балла, с клинически выраженной тревогой – $12,0 \pm 0,1$ балла. Во 2-й – $3,6 \pm 1,8$; $8,8 \pm 0,7$; $12,0 \pm 0,9$ балла соответственно.

При изучении депрессивных расстройств (*рис. 2*) среди пациентов 1-й группы частота субклинически и клинически выраженной депрессии была выше, чем у пациентов 2-й группы. В 1-й группе среди лиц с отсутствием депрессии по шкале HADS ее уровень составил $4,2 \pm 1,8$ балла, с субклинически выраженной депрессией – $8,8 \pm 0,7$ балла, с клинически выраженной депрессией – $12,5 \pm 0,5$ балла; у 2-й группы, соответственно, $3,7 \pm 2,0$; $8,5 \pm 0,7$; $13,0 \pm 0,1$ балла.

Таким образом, у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий эмоциональная нагрузка характеризуется преобладанием депрессивных расстройств, а при постоянной форме – тревожных, что необходимо учитывать при построении дальнейших реабилитационных программ.

● **Рисунок 2.** Структура депрессивных расстройств у больных инфарктом миокарда с фибрилляцией предсердий

● **Figure 2.** Structure of depressive disorders in patients with myocardial infarction with atrial fibrillation



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных инфарктом миокарда с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий преобладающими факторами риска являются: опасное употребление алкоголя, высокое потребление поваренной соли и избыточная масса тела в сочетании с депрессивными расстройствами в виде субклинической и клинической депрессии. При постоянной форме фибрилляции предсердий отме-

чается высокая степень никотиновой зависимости и умеренно выраженные тревожные расстройства – субклинически и клинически выраженная тревога, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий и решении экспертных вопросов.



Поступила / Received: 02.03.2020

Поступила после рецензирования / Revised: 18.03.2020

Принята в печать / Accepted: 14.04.2020

Список литературы

1. Шальнова С.А., Концевая А.М. *Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении*. М.: 2012. 27 с.
2. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A.L. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
3. DuGoff E.H., Canudas-Romo V., Buttorff C., Leff B., Anderson G.F. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Med Care*. 2014;52(8):688–694. doi: 10.1097/MLR.000000000000166.
4. Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Болдуева С.А. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(6):5–56. doi: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56.
5. Лазебник Л.Б., Верткин А.Л., Конев Ю.В., Ли Е.Д., Скотников А.С. *Старение: профессиональный врачебный подход. Национальное руководство*. М.: Эксмо; 2014. 320 с.
6. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Исторические особенности и семантические трудности использования терминов, обозначающих множественность заболеваний у одного больного. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018;(6):4–9. Режим доступа: <https://www.nogr.org/jour/article/view/629#>.
7. Tilling L., Clapp B. Atrial fibrillation in myocardial infarction: predictors and prognosis. *Int J Clin Pract*. 2009;63(5):712–721. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02061.x.
8. Neobutov N.N., Kolbasnikov S.V. The state of the myocardium, the vascular wall and the severity of anxiety-depressive disorders in patients with myocardial infarction and atrial fibrillation. *Archiv Euromedica*. 2019;9(1):109–112. doi: 10.35630/2199-885X/2019/9/1/109.
9. Schotten U., Verheule S., Kirchhof P., Goette A. Pathophysiological mechanisms of atrial fibrillation: a translational appraisal. *Physiol Rev*. 2011;91(1):265–325. doi: 10.1152/physrev.00031.2009.
10. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., Atar D., Casadei B. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893–2962. doi: 10.1093/eurheartj/ehw210.
11. Pogossova N., Saner H., Pedersen S.S., Cupples M.E., McGee H., Höfer S. et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: from theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(10):1290–1306. doi: 10.1177/2047487314543075.
12. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A., Carney R.M., Doering L.V., Frasure-Smith N. et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350–1369. doi: 10.1161/CIR.000000000000019.
13. Винокур В.А., Гриневич В.Б., Ильяшевич И.Г., Курпатов В.И., Ледова А.В., Оганезова И.А. и др.; Симаненков В.И. (ред.). *Психосоматические расстройства в практике терапевта*. СПб.: СпецЛит; 2008. 335 с.
14. Гарганеева Н.П., Петрова М.М., Евсюков А.А., Штарик С.Ю., Каскаева Д.С. Влияние депрессии на особенности течения ишемической болезни сердца и качество жизни пациентов. *Клиническая медицина*. 2014;92(12):30–37. Режим доступа: <http://www.medlit.ru/journalsview/clinicalmedicine/view/journal/2014/issue-12/743-vliyanie-depressii-natechenie-ishemicheskoy-bolezni-serdca-i-kachestvo-zhizni-pacientov>.
15. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
16. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction*. 1993;88(6):791–804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.
17. Надеждин А.В., Тетенева Е.Ю., Шарова Е.В. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. *Медицина*. 2016;(3):164–189. Режим доступа: <https://stom.tilimen.org/jurnal-medicina-3-2016-164-164-zavisimoste-ot-nikotina-diagnos.html>.
18. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119–1127. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
19. Романова Н.П. Ограничение потребления поваренной соли с пищей как основной метод профилактики артериальной гипертензии. *Губернские медицинские вестни*. 2000;3(5):6–8.
20. Weinberger M.H. Salt sensitivity as a predictor of hypertension. *Am J Hypertens*. 1999;(4):615–616.
21. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Целиковская А.Л. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания. *Терапевтический архив*. 2001;(8):69–72.
22. Недогода С.В., Барыкина И.Н., Брель У.А., Бутрина Л.В., Чаляби Т.А. Ожирение и артериальная гипертензия. Часть I: снижение массы тела и нормализация артериального давления. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008;(5):105–115. Режим доступа: <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/1266>.
23. Панченко Е.П. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и подходы к их коррекции в начале XXI века (по материалам регистра REACH). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2006;5(6):91–94. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=9956604>.
24. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Корнеева О.Н. *Клинические варианты метаболического синдрома*. М.: МИА; 2011. 208 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=19559614>.

References

1. Shalnova S.A., Kontsevaya A.M. *Monitoring of risk factors for chronic non-communicable diseases in health care practice*. Moscow; 2012. 27 p. (In Russ.)
2. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A.L. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
3. DuGoff E.H., Canudas-Romo V., Buttorff C., Leff B., Anderson G.F. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Med Care*. 2014;52(8):688–694. doi: 10.1097/MLR.000000000000166.
4. Oganov R.G., Denisov I.N., Simanenkov V.I., Bakulin I.G., Bakulina N.V., Boldueva S.A. et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика = Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):5–56. (In Russ.) doi: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56.

5. Lazebnik L.B., Vertkin A.L., Konev Yu.V., Li E.D., Skotnikov A.S. *Aging: professional medical approach (National leadership)*. Moscow: Eksmo; 2014. 320 p. (In Russ.)
6. Lazebnik L.B., Konev Yu.V. Historical features and semantic difficulties of using the terms denoting multiplicity of diseases in one patient. *Ehksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental & Clinical Gastroenterology*. 2018;(6):4–9. (In Russ.) Available at: <https://www.nogr.org/jour/article/view/629#>.
7. Tilling L., Clapp B. Atrial fibrillation in myocardial infarction: predictors and prognosis. *Int J Clin Pract*. 2009;63(5):712–721. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02061.x.
8. Neobutov N.N., Kolbasnikov S.V. The state of the myocardium, the vascular wall and the severity of anxiety-depressive disorders in patients with myocardial infarction and atrial fibrillation. *Archiv Euromedica*. 2019;9(1):109–112. doi: 10.35630/2199-885X/2019/9/1/109.
9. Schotten U., Verheule S., Kirchhof P., Goette A. Pathophysiological mechanisms of atrial fibrillation: a translational appraisal. *Physiol Rev*. 2011;91(1):265–325. doi: 10.1152/physrev.00031.2009.
10. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., Atar D., Casadei B. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893–2962. doi: 10.1093/eurheartj/ehw210.
11. Pogosova N., Saner H., Pedersen S.S., Cupples M.E., McGee H., Höfer S. et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: from theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(10):1290–1306. doi: 10.1177/2047487314543075.
12. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A., Carney R.M., Doering L.V., Frasure-Smith N. et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350–1369. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019.
13. Vinokur V.A., Grinevich V.B., Ilyashevich I.G., Kurpatov V.I., Ledovaya A.V., Oganezova I.A. et al.; Simanenkov V.I. (ed.). *Psychosomatic disorders in the practice of the therapist*. St Petersburg: SpecLit; 2008. 335 p. (In Russ.)
14. Garganeeva N.P., Petrova M.M., Evsyukov A.A., Kaskaeva D.S. The influence of depression on the course of coronary heart disease and quality of life. *Klinicheskaya meditsina = Clinical Medicine*. 2014;92(12):30–37. (In Russ.) Available at: <http://www.medlit.ru/journalsview/clinicalmedicine/view/journal/2014/issue-12/743-vliyanie-depressii-na-techenie-ishemicheskoy-bolezni-serdca-i-kachestvo-zhizni-pacientov>.
15. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
16. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction*. 1993;88(6):791–804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.
17. Nadezhdin A.V., Tetenova E. Ju., Sharova E.V. Nicotine Dependence: Diagnosis and Treatment. *Meditsina = Medicine*. 2016;(3):164–189. (In Russ.) Available at: <https://stom.tilimen.org/jurnal-medicina-3-2016-164-164-zavisimoste-ot-nikotina-diagnos.html>.
18. Heatheron T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119–1127. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
19. Romanova N.P. Restriction of table salt consumption with food as the main method of arterial hypertension prevention. *Gubernskie meditsinskie vesti = Provincial Medical News*. 2000;3(5):6–8. (In Russ.)
20. Weinberger M.H. Salt sensitivity as a predictor of hypertension. *Am J Hypertens*. 1999;4(4):615–616.
21. Ametov A.S., Demidova T.Yu., Tselikovskaya A.L. Obesity and cardiovascular diseases. *Terapevticheskiy arkhiv = Therapeutic Archive*. 2001;(8):69–72.
22. Nedogoda S.V., Barykina I.N., Brel U.A., Butrina L.V., Chalyabi T.A. Obesity and arterial hypertension. Part I: weight reduction and blood pressure normalisation. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2008;7(5):105–115. (In Russ.) Available at: <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view/1266>.
23. Panchenko E.P. Cardiovascular risk factors and their control in early XXI century (REACH registry data). *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2006;5(6):91–94. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=9956604>.
24. Ivashkin V.T., Drapkina O.M., Korneeva O.N. *Clinical options of the metabolic syndrome*. Moscow: MIA; 2011. 208 p. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=19559614>.

Информация об авторах:

Необутов Николай Николаевич, врач-кардиолог, Государственное бюджетное учреждение Тверской области «Городская клиническая больница №7»; 170036, Россия, Тверь, Петербургское шоссе, д. 76/1; e-mail: gitarast16@mail.ru

Колбасников Сергей Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины), Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 170100, Россия, Тверь, ул. Советская, д. 4; e-mail: s.kolbasnikov@mail.ru

Information about the authors:

Nikolay N. Neobutov, cardiologist, State Budgetary Institution of the Tver region “City Clinical Hospital No 7”; 76/1, Peterburgskoe Shosse, Tver, 170036, Russia; e-mail: gitarast16@mail.ru

Sergey V. Kolbasnikov, Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Department of General Medical Practice (Family Medicine), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Tver State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4, Sovetskaya St., Tver, 170100, Russia; e-mail: s.kolbasnikov@mail.ru